

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN CELOTIPIA: UN CASO CLÍNICO.

Celia Incio del Río ¹, Blanca Isabel Fernández-Tobar ², Jesús González-Moreno³
y María Cantero-García ^{2 y 3}

¹ Estudiante MUPGS. Universidad Europea de Madrid.

². Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud. Dpto. Psicología. Universidad Europea de Madrid.

³. Área de Salud. Universidad Internacional de Valencia.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN CELOTYPEPIA: A CLINICAL CASE.

Celia Incio del Río ¹, Blanca Isabel Fernández-Tobar ², Jesús González-Moreno³
y María Cantero-García ^{2 y 3}

AFILIACIÓN INSTITUCIONAL (CORRESPONDENCIA)

María Cantero García

Correo: maria.cantero@gmail.com

Intervención cognitivo-conductual en celotipia: Un caso clínico.

Resumen

En el presente trabajo se expone un estudio de caso único, en el que se aborda el tratamiento de los celos patológicos presentes en el miembro femenino de una pareja heterosexual. A este respecto, detallamos el trabajo psicoterapéutico realizado tanto de manera individual como en la pareja, y los resultados obtenidos tras 16 sesiones de psicoterapia. El plan de tratamiento se elabora bajo los principios del enfoque cognitivo-conductual, dada su demostrada eficacia en la intervención de éste síndrome. Con ello, finalmente, se destaca la complejidad y los numerosos factores que rodean a la presencia de los celos patológicos. Las numerosas variables implicadas, resaltan la necesidad de aplicar un plan de tratamiento que aborde diferentes áreas de la vida del paciente.

Palabras clave: celos, pareja, enfoque cognitivo-conductual.

Psychological intervention in celotypia: A clinical case.

Abstract

This article shows a bibliographic review on pathological jealousy and analyses the variables involved in its origin and maintenance. The information gathered proves the clinical importance of disassembling the myths and romantic perspective that still impregnates our couple relationships nowadays. Furthermore, we expose the analysis of a single case studio, in which the treatment of the pathological jealousy in the female counterpart of a heterosexual couple is approached. In this regard, the article shows thoroughly the psychotherapeutic procedure which was performed in both individually and by couple and the obtained results after 16 psychotherapeutic sessions. The treatment plan is elaborated under the principles of the cognitive behavioural stream, due to its proven effectiveness in the intervention of this syndrome. Finally, the complexity and the numerous factors underlying pathological jealousy are highlighted. The number of variables involved, highlights the necessity of applying a treatment that overtakes different areas of the patient's life..

Key words: Jealousy, couple, cognitive-behavioural approach.

Intervención cognitivo-conductual en celotipia: Un caso clínico.

INTRODUCCIÓN

En el año 1850, el psiquiatra Moreau de Tours estableció los parámetros para considerar clínicamente los celos en base a cinco niveles de intensidad (Moscoso, 2014). Sin embargo, a día de hoy, no se han llegado a reunir los criterios necesarios para catalogar esta afección como un trastorno psicopatológico con diagnóstico propio por lo que la celotipia se halla bajo la conceptualización de síndrome; constituyendo un conjunto de signos y síntomas que se presentan repetidamente (Esparcia, 2011). Además, en una reciente revisión narrativa, Sheikhmoonesi (2017) concluye que existen diferentes términos asociados a los celos patológicos, y que este debería estandarizarse para mejorar el proceso de evaluación y diagnóstico en el campo.

No obstante, existen algunas definiciones que resultan interesantes destacar. Para Echeburúa y Fernández-Montalvo (1999) el síndrome de los celos patológicos o celotipia es definido como “un afán exagerado por tener la posesión exclusiva sobre algo o alguien, y cuya base es la infidelidad (real o imaginada) de la persona amada” (p. 6), siendo los rasgos esenciales de los celos patológicos los mencionados en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características clínicas de la celotipia

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS CELOS PATOLÓGICOS

Reacción exagerada
Conductas de comprobación
Ausencia de justificación lógica
Ausencia de control
Sospechas de naturaleza irracional
Elevado sufrimiento personal

Nota: Extraída del artículo de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1999)

Así mismo, hace ya cuatro décadas Cobb y Marks (1979) indicaron que este síndrome constituía una variante del trastorno obsesivo-compulsivo. Dicha afirmación se sustenta en la similitud existente entre la sintomatología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo y el padecimiento de los celos patológicos; coincidentes en la aparición de pensamientos o imágenes precipitados por el miedo a sufrir una infidelidad; la presencia de un

elevado nivel de malestar asociado a la aparición de dichas cogniciones; y el intento de eliminar este malestar mediante conductas compulsivas de comprobación (APA, 2014).

Tras lo mencionado, podemos observar que se trata de un síndrome multidimensional; ya que se expresa a nivel cognitivo, fisiológico/emocional y conductual (Carrera y García-Marcos, 1996).

- A nivel cognitivo: aparecen frecuentemente y con gran intensidad pensamientos automáticos negativos relacionados una posible infidelidad (APA, 2014).
- A nivel emocional: las emociones básicas que subyacen a los celos son: miedo, tristeza e ira (APA, 2014; Carrera y García Marcos, 1996; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001).
- A nivel conductual: la presencia de los celos precipitan la realización compulsiva de rituales comprobatorios como: interrogatorios, control de ubicación, redes y/o enseres personales (APA, 2014; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1999).

Además de los criterios nombrados, también existen evidencias que señalan que la tendencia a desarrollar una dependencia afectiva se encuentra relacionada con el sufrimiento de los celos (Guerrero et al., 2005; Mathes y Davies, 1985).

Así mismo, parecen existir diferencias respecto al género. Pues en las mujeres, destaca el papel de la autoestima; siendo unos elevados niveles de autoestima incompatibles con la presencia de celos patológicos. Siguiendo a Mullen y Martin (1994) el trabajo de esta variable se constituye fundamental.

Igualmente, estos autores han comprobado que la prevalencia de la celotipia afecta a una gran parte de la población. De hecho, el 40% de los participantes del estudio informaron haber sufrido celos injustificados en algún momento; y el 46% normalizaba su experimentación en una relación amorosa. Del mismo modo, la investigación de Sueiro (2018) señala que los celos patológicos son el precedente de múltiples homicidios y agresiones, sin embargo, esta normalización dificulta el establecimiento de límites entre celos “comunes” y patológicos.

Respecto a la incógnita sobre la aparición y mantenimiento de los celos, Ellis (1996) indica que constituyen el resultado de diversos sesgos cognitivos. De esta forma, la manifestación de dichos sesgos se traduce en pensamientos automáticos y en sentimientos como inseguridad, rabia y baja tolerancia a la frustración. Estas emociones, a su vez, habitualmente conviven con una baja autoestima y dependencia emocional hacia su pareja (Ellis 1996; Mathes y Severa, 1981). A pesar de ser emociones adaptativas (pues facilitan la lucha o defensa de un vínculo importante) resultan disfuncionales cuando son experimentadas con excesiva frecuencia,

intensidad o duración; lo que incide en el deterioro de la autoestima del individuo (Bayón, 2006; Espinosa y Flórez, 2019; Mullen, 1991).

Otro aspecto determinante en la aparición y mantenimiento de los celos podrían ser aspectos de personalidad. Por ejemplo, para Costa et al. (2014) los rasgos de ansiedad pueden estar relacionados con la aparición de celos. Más recientemente, Ponti et al. (2019) en un reciente llegan a la conclusión que las dos formas de narcisismo, especialmente el narcisismo vulnerable tendría un papel en la aparición de los celos y el abuso psicológico.

Por último, un aspecto que se ha asociado con la aparición de celos, ha sido tener experiencias de engaño en relaciones previas y experiencias infantiles de padres que tienen o son acusados de tener relaciones extramaritales. Karunaratne et al. (2017) indican que existe una asociación significativa entre los celos y las experiencias anteriores, que podría ser explicada por un sesgo de recuerdo o interpretación alterada de estos sujetos de la situación.

Conocida la sintomatología y características más importantes de los celos patológicos, se considera pertinente el análisis de aquellas intervenciones que han ofrecido resultados exitosos. A este respecto, investigaciones como la de Carlen, Kasanzew y López (2009) o la de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1999), reflejan que el tratamiento cognitivo-conductual (TCC, en adelante), resulta altamente eficaz. Así, la base de este enfoque reside en enseñar al paciente a:

- Reconocer la relación entre cognición-emoción-conducta.
- Identificar pensamientos automáticos negativos y creencias distorsionadas.
- Sustituir las conductas disfuncionales por otras adaptativas.

El objetivo final del tratamiento cognitivo-conductual se dirige a modificar el pensamiento (con efectos en la emoción y conducta), y, por otro, a la modificación del comportamiento que, a su vez, retroalimentarán el cambio cognitivo y emocional (Lira, 2007). Así, se manifiesta la importancia de concienciar al sujeto de sus creencias distorsionadas, para conseguir identificar los pensamientos cuyo contenido es altamente improbable. Seeman (2016) tras una revisión de 600 trabajos, ha apuntado que sigue existiendo necesidad de desarrollar la base empírica de los tratamientos psicológicos para los celos patológicos, si bien recomienda focalizar la terapia en los aspectos cognitivos y la autoestima, en la línea del trabajo del TCC.

Sin embargo, y a pesar de ser el TCC el más empleado para el abordaje de este síndrome, otros investigadores como López (2002), proponen alternativas como la Psicoterapia Analítico-funcional (PAF), la cual, en líneas generales, hace hincapié en la modificación de la conducta a través de la propia relación que se establece en la terapia.

A pesar de las diferentes perspectivas, ambas comparten el uso de varias técnicas demostradas eficaces en el tratamiento de los celos patológicos. Estas técnicas son: exposición en vivo con prevención de respuesta (Cobb y Marks, 1979; Echeburúa y Fernández-Montalvo 1999; López 2002), extinción (López 2002), reestructuración cognitiva (Echeburúa y Fernández-Montalvo 1999, 2001) y el entrenamiento en autoinstrucciones (Dolan y Bishay, 1996).

Además, dado que la pareja ejerce un papel importante en el mantenimiento de las conductas problema, es necesario valorar su inclusión en la terapia. Ya que, sus acciones, aún con la finalidad de evitar sufrimiento a su pareja, pueden retroalimentarlas conductas de comprobación (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001).

El abordaje simultáneo de diferentes aspectos, hace del tratamiento de la celotipia una intervención multimodal (**Tabla 2**), que encuentra respaldo científico en los estudios sobre el tratamiento psicoterapéutico de esta problemática (Cobb y Marks, 1979; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1999). Por ello, la meta se dirige al manejo de los episodios de celos, y, además, al trabajo en la autoestima y habilidades de comunicación. Para exponer todo lo recogido de forma práctica, veremos el caso de A. con quien a través desde un enfoque cognitivo-conductual se ha trabajado el abordaje de los celos y los factores que los rodean.

Tabla 2. Técnicas de intervención en celotipia

<i>Grupo</i>	<i>Técnicas</i>
<i>Técnicas cognitivas</i>	<i>Reestructuración cognitiva</i>
	<i>Entrenamiento en autoinstrucciones</i>
<i>Técnicas conductuales</i>	<i>Exposición y prevención de respuesta</i>
	<i>Extinción</i>
<i>Terapia de pareja</i>	<i>Intercambio de reforzadores positivos</i>
	<i>Resolución de conflictos</i>
	<i>Habilidades de comunicación</i>

Nota: Adaptado de Carlen et al. (2009); Echeburúa y Fernández-Montalvo (1999); López (2002).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Identificación del caso

Bajo la Ley Orgánica de Protección de Datos, de aquí en adelante utilizaremos la inicial: A. para referirnos a la paciente.

A. es una mujer de 20 años residente en Madrid. El nivel cultural de su familia es medio-alto. Su madre es ama de casa y su padre es médico en un hospital. Tiene dos hermanos de 27 y 25 años, quienes estudian y trabajan. Convive con sus padres y sus hermanos. Tanto ella como su familia son católicos, aunque no practicantes.

Está cursando el tercer año del grado universitario en Economía y Finanzas. Sus aficiones son: el deporte, pádel y, si tiene la posibilidad, realizar planes sociales.

Tiene una relación desde hace un año con M., de 23 años.

Su estado de salud es bueno, no consume sustancias y su rutina de sueño y su apetito son estables.

Motivo de consulta

A. acude a consulta ya que refiere sentir celos en su relación de pareja. Afirma “no saber” estar sola y sentir ansiedad si “no tiene planes en su día a día”. Cuando esto ocurre, su estado de ánimo disminuye significativamente al compararse con otras personas por redes sociales.

A. indica que no soporta la incertidumbre; algo que siente cuando su pareja habla con personas del sexo opuesto. Dice saber que su pareja “nunca le sería infiel”, pero, aun así, siente miedo.

Respecto a sus relaciones de pareja, de forma detallada, A. comenta que su primera relación fue con C; de dos años de duración. Se veían diariamente y pasaban días uno en casa del otro. Refiere que hablaban continuamente y tenían acceso a la ubicación del otro; algo que A. normalizaba. Nos cuenta que cuando discutían, él “siempre tenía que quedar por encima de ella”, algo que potenciaba su malestar. Refiere que cuando fue consciente de todo ello, decidió finalizar su relación. A. nos dice que C. no supo gestionar la ruptura hasta que éste buscó ayuda profesional y dejó de intentar contactar con ella.

Tras un mes de dicha ruptura, A. comenzó su relación actual con M.; quien era su profesor de pádel. Refiere que la relación es distinta a la que tenía con C.; ya que M. intenta calmar sus “ataques de celos”; sin enfadarse y facilitándole explicaciones.

A. afirma que le gustaría cambiar estos comportamientos, ya que siente gran malestar al llevar cabo conductas de comprobación para “asegurarse de que su pareja es infiel”, y sufre continuas fluctuaciones en su estado de ánimo.

En cuanto a sus relaciones familiares, A. dice que “aunque le dejan hacer de todo”, se siente poco valorada. Comenta que en su familia suelen expresarse emociones como la alegría o enfado, aunque no la tristeza o llanto; por lo que afirma reprimirlas frecuentemente. Nos dice que durante mucho tiempo, su hermano mayor geo-localizaba su móvil para controlar donde estaba “con la intención de que no fuese a sitios peligrosos”.

En referencia a su red social, A. dice que tiene buena relación tanto con sus amigas de la Universidad como con las del colegio.

EVALUACIÓN DEL CASO

La evaluación de este caso se ha guiado tanto por métodos cualitativos como cuantitativos. Éstos últimos, resultan significativos en términos de validez externa y, los métodos cualitativos, permiten una comunicación horizontal entre las partes (Pita y Pértegas, 2002).

Centramos el objetivo primario de la evaluación en el establecimiento del vínculo terapéutico. Para conseguirlo, empleamos una adaptación de la entrevista semiestructurada de Muñoz (2001) (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013; Muñoz, Ausín, y Panadero, 2019).

El objetivo último este proceso, fue recabar información que permitiera la elaboración de un análisis funcional del problema, y un plan de tratamiento individualizado.

La evaluación del caso se lleva a cabo en tres sesiones presenciales con frecuencia semanal y de una hora de duración. Para conocer mejor la metodología empleada, describimos con más detalle los procedimientos empleados:

Primera sesión de evaluación.

Exponemos el marco de trabajo a la paciente y procedemos a la evaluación mediante la adaptación de la entrevista semiestructurada de Muñoz (2001). Esta entrevista constituye una guía para una evaluación inicial individualizada y fiable. Además, facilita la obtención de datos sobre las diferentes áreas de la vida de la paciente y de su funcionamiento psicológico global. La menor rigidez de las entrevistas semiestructuradas facilitan al profesional adaptarse a la persona, permitiendo mediante preguntas abiertas, explorar aquellos factores y circunstancias más relevantes (Muñoz et al., 2019).

Empleamos técnicas gráficas representadas en papel, para evaluar la relación entre sus creencias y posibles mitos del amor romántico. De esta manera, se evalúan las creencias

y distorsiones de A. con respecto al amor y nos ayuda a valorar los recursos cognitivos de la paciente.

A lo largo de esta primera sesión y posteriores, A. muestra una gran motivación y colaboración con la terapia. El objetivo principal de esta sesión fue crear un clima de confianza para que A se adhiriera al tratamiento y continuase con las siguientes sesiones de evaluación.

Como tareas para casa pautamos:

1.Línea de vida. Consiste en que la paciente anote, en orden cronológico, los eventos que considera relevantes de toda su vida, tanto por su carácter positivo como negativo. Aquellas vivencias que se plasmen en la línea de vida se comentarán posteriormente con la terapeuta durante las sesiones.

2.Descripción de objetivos. Se le solicita a A. que traiga una lista con aquellos objetivos que ella desea trabajar durante la intervención y dudas que puedan surgir con respecto a los mismos.

3.Escala de Malestar subjetivo Kessler. La escala de malestar psicológico subjetivo de Kessler muestra alta validez predictiva en la detección, en un primer nivel de atención, de la presencia de malestar psicológico relacionado con sintomatología ansioso-depresiva. Es una escala breve, de 10 ítems, y de sencilla aplicación. El punto de corte para determinar la presencia de malestar psicológico es de PD=21. Este instrumento por sí solo, no resulta suficiente para establecer un diagnóstico, por ello, ante la sospecha de la presencia de una patología es recomendable combinarlo con pruebas específicas. Esta prueba tiene buenas propiedades psicométricas. La consistencia test-retest mostró buenos resultados ($r = ,445$, $p < ,001$) y buena validez convergente con otros instrumentos similares ($r = ,898$, $p < ,01$) (Aranguren, 2010).

4.Autorregistro de episodios de celos semanales (transversal a todas las sesiones de evaluación). A. debe realizar un autorregistro a lo largo de todas las sesiones de evaluación donde vaya señalando las veces que aparecen los episodios de celos. El objetivo final del mismo es conocer la cantidad de episodios que aparecen y las situaciones en las que suelen manifestarse.

Segunda sesión de evaluación.

Reflexionamos sobre los objetivos establecidos (Tabla 3) y continuamos con el análisis de la Línea de Vida.

Tabla 3. Objetivos descritos por la paciente.

Ámbito del objetivo	Objetivos planteados
A corto plazo	Más confianza en sí misma y en su pareja. No controlar a mi pareja ni “imaginar continuamente una infidelidad”. Mayor estabilidad emocional.
A largo plazo	Ser feliz a solas.
Dificultades en sí misma	No pasar apenas tiempo sola. Conductas de control realizadas de manera “instintiva”.
Virtudes	Juventud. Conocimiento de los beneficios del cambio.

Como tareas para casa pautamos:

- Lista de actividades agradables. Cuyo objetivo es buscar que actividades son las que le generan más disfrute a la paciente para poder utilizarlas como reforzadores y potenciadores del bienestar subjetivo.
- Escala de Autoestima de Rosenberg. Supone una escala de un total de 10 ítems, dirigida a la evaluación del grado de satisfacción que la paciente presenta hacia sí misma. Ésta escala es sencilla y de breve duración y, además, posee una alta validez ($r = .61$ con instrumento similar) y fiabilidad ($\alpha = .87$) en muestras españolas (Vázquez-Morejón et al., 2004).
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Este Inventario es un instrumento apto y fiable de autoevaluación que mide, mediante dos escalas independientes, la presencia y grado de sintomatología ansiosa. Tanto en el momento de su cumplimentación (siendo esto la ansiedad-estado), así como la estabilidad y propensión a sufrir sintomatología ansiosa; (correspondiente a la ansiedad-rasgo). Sus propiedades psicométricas mostraron una fiabilidad mediante alfa de Cronbach (0,90 para ansiedad rasgo y 0,94 para ansiedad estado) y es una prueba que se ha utilizado en multitud de contextos y validada en diferentes países (Guillén-Riquelmeé y Buela-Casal, 2011).

Tercera sesión de evaluación.

Devolvemos los resultados de las pruebas psicométricas. Proponemos la ejecución de las actividades gratificantes con mayor puntuación. Por último, pautamos cumplimentar el Inventario de Personalidad NEO-PI R. El Inventario de personalidad NEO-PI R mide cinco grandes dimensiones de la personalidad, según el *Five Factor Model* (Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad).

Además, ofrece una medición de las seis facetas que definen cada área principal, constituyendo un total de 30. Para obtener el perfil de personalidad, se comparan y evalúan las diferencias existentes entre la personalidad del paciente con la de individuos normales. El NEO PI-R ofrece una evaluación del estilo emocional, interpersonal, motivacional y actitudinal del paciente (Costa y McCrae, 2008). Sus propiedades psicométricas presentan buenos resultados, encontrándose una fiabilidad interexaminadores de .85 y correlaciones entre las puntuaciones de las diferentes escalas del NPI con similares ítems del CAMDEX con correlaciones entre .25 y .46 (Vilalta-Franch et al., 1999)

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Hipótesis de origen

El inicio de las conductas problema de A; obsesión y control de su pareja, tienen lugar por una serie de patrones de interacción aprendidos durante la infancia y adolescencia de A., que se extrapolan a la relación de pareja actual.

En A. parece existir un aprendizaje de patrones conductuales de control y sobreprotección, gracias a la geolocalización por parte de su familia y su expareja. Ello, hace que las creencias que subyacen a la idea de amor y cuidado estén ligadas al control. Por ello, si su control se imposibilita, aparecen pensamientos de desconfianza hacia su pareja, emociones de tristeza, miedo e ira, así como conductas de comprobación.

Destacar que la familia de la paciente se muestra disponible a nivel conductual para ayudar a A. Sin embargo, dicha disponibilidad no tiene lugar a nivel emocional. Ésta tendencia junto con la presencia de estilos de comunicación pasivo-agresivos en los miembros de su familia, y la subestimación de la paciente, precipita en A. la adopción de un estilo emocional evitativo.

El estilo evitativo, se ve a su vez reforzado por pensamientos como, por ejemplo: “para qué voy a expresar como me siento si mi opinión y emociones no son válidas y se subestiman” “cuando digo lo que pienso, recibo una respuesta hostil y de desprecio” etc. Dichos factores, parecen influir en la disminución de la autoestima de A.; explicando la presencia de inseguridad en sus relaciones amorosas.

Hipótesis de mantenimiento

Aquello que permite que las conductas problemas presentes a día de hoy en la paciente se mantengan, es la conjunción de dos fenómenos conductuales a corto plazo: el refuerzo positivo y refuerzo negativo.

Las conductas de obsesión-control, se desencadenan cuando A. pierde la capacidad de conocer el comportamiento, o el porqué de las acciones de su pareja; llevando a cabo conductas como interrogatorios, o la revisión de redes sociales o mensajes para comprobarlo. Gracias a estas conductas, la activación fisiológica y el intenso malestar disminuyen. Por lo que ejercen la función de evitación del malestar (cese de incertidumbre) y se mantienen por refuerzo negativo.

Así mismo, se produce la centralización de la actividad social en la pareja, ya que ésta permite satisfacer la necesidad de control mencionada. Además, cuando A. se encuentra físicamente con M., se cubren las necesidades de afiliación y vinculación social, y la ejecución de actividades gratificantes; facilitando la aparición de emociones positivas que son, por tanto, reforzadores positivos.

Por último, parece que la función de los episodios de celos. Además, se asocia a la obtención de ganancias secundarias como la obtención de una mayor frecuencia atencional.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE EVALUACIÓN

Respecto a los aspectos observacionales, identificamos: puntualidad, buen aspecto, extraversión y cooperación, movimientos expresivos, estado emocional eufónico, lenguaje fluido, atención focalizada en la interacción.

Entrevista Semiestructurada, Autorregistro y Línea de vida

A. refleja que a pesar de que su principal motivo de tratamiento es el trabajo en los celos, en múltiples ocasiones se ha replanteado si de verdad quiere una pareja o si por el contrario, está en una relación por “las emociones y pensamientos negativos que asocia a estar soltera”.

Así mismo, refiere que no ha llevado a cabo ninguna acción para la solución del problema, ya es algo que ella “no puede evitar” y que cada vez ocurre con mayor frecuencia (“mínimo dos o tres veces por semana”); coincidiendo con el Autorregistro semanal. Especialmente, parece que las cogniciones y conductas celosas aparecen cuando M. sale de fiesta o imparte sus clases como monitor de pádel, y ella se encuentra

sola o “sin nada que hacer”. Comenta que se siente nerviosa e inquieta ante la ausencia de M., lo cual provoca pensamientos negativos asociados con una percepción de inferioridad respecto a otras chicas y emociones como miedo a la pérdida, tristeza e ira. Entre los cuales se repiten “seguro que liga con sus alumnas y se ríe como lo hacía conmigo” o “no me contesta porque está con otra”. Dichos pensamientos preceden a conductas de comprobación que se traducen en interrogatorios (acerca de su ubicación), así como revisiones de su móvil y redes sociales.

Con la información recogida, se pone de manifiesto la presencia de celos patológicos en la paciente; debido al cumplimiento de los criterios establecidos por la literatura científica para su denominación (Tabla 1).

Además, gracias a estas técnicas de carácter cualitativo observamos que:

- A. presenta dificultades en el etiquetado y gestión emocional, coincidente con la inhibición de emociones en su entorno.
- A. manifiesta sentirse abrumada por las emociones que le produce imaginarse sola.

A continuación, exponemos los resultados obtenidos tras la administración de las distintas pruebas psicométricas, seleccionadas para la evaluación cuantitativa:

1. Evaluación malestar subjetivo Kessler.

La puntuación total obtenida por la paciente en el cuestionario K10 ha sido igual a 22, lo cual informa sobre la posibilidad de una presencia débil de síntomas ansioso-depresivos. Así mismo, aquellos ítems con mayor puntuación están relacionados con sintomatología ansiosa (ítems 2, 5, 6), aunque también se ha de resaltar el ítem 7. La paciente advierte que la aparición de dichos síntomas tiene lugar sobre todo en situaciones en las que percibe no tener control sobre la conducta de su pareja, o estando sola.

2. Cuestionario autoestima de Rosenberg.

La puntuación obtenida por A. en la Escala de Autoestima de Rosenberg es de un total de 29 puntos, lo cual nos informa de un nivel de Autoestima –Media-. Sin embargo, los resultados cualitativos ponen de manifiesto la conveniencia en su trabajo y mejora.

3. Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI).

Los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo sugieren que A. ocupa el percentil 75 en la escala de Ansiedad-Estado con una puntuación total de 33, así como en la escala Ansiedad-Rasgo en la que obtuvo una puntuación total de 32. Estos muestran que la paciente presenta un nivel de ansiedad moderado en comparación con la población general de mujeres adultas.

4. Inventario de Personalidad NEO PI-R.

El NEO PI-R evalúa cinco grandes dimensiones de personalidad, compuestas, cada una de ellas, por seis facetas:

1. Neuroticismo
2. Extraversión
3. Apertura a la experiencia
4. Amabilidad
5. Responsabilidad

De acuerdo al caso de A., a continuación presentamos los datos que han obtenido una puntuación significativa y que ofrecen información relevante respecto a las conductas problema:

- **NEUROTICISMO (PT=71):** A. parece experimentar frecuentemente emociones como: ansiedad, miedo, tristeza o ira. Además, se deduce dificultad para frenar sus impulsos y una tendencia a sentirse desbordada por el estrés.
Respecto a las facetas específicas de esta dimensión destacamos las altas puntuaciones obtenidas en:
 - **Impulsividad (PT=77):** refleja una escasa habilidad para controlar los impulsos y las necesidades. Los deseos se perciben tan intensos que no puede resistirse a ellos, aunque posteriormente pueda arrepentirse.
 - **Hostilidad (PT=70):** tendencia a experimentar ira, enfado, cólera y estados afines, tales como frustración y resentimiento.
 - **Vulnerabilidad (PT=81):** se deduce una alta vulnerabilidad al estrés y dificultad en su control. Además, ante situaciones de emergencia se siente indefensa o desesperanzada, le cuesta tomar decisiones, se vuelve dependiente o experimenta pánico.
- **EXTRAVERSIÓN (PT=76):** sugiere una tendencia hacia ser el centro de atención en los grupos y reuniones y hablar con la gente. Se deduce un anhelo por buscar emociones fuertes y positivas, así como de estar siempre activa y ocupada.
- **Gregarismo (PT=68):** Se observa una fuerte atención hacia los aspectos cuantitativos de la interacción social. Se refiere a la preferencia por estar en compañía de otras personas y disfrutar con mucha gente alrededor.
- **Búsqueda de emociones (PT=68):** anhelo de excitación y estimulación. Se infiere una preferencia hacia colores llamativos, ambientes ruidosos y experiencias emocionantes.

A la luz de los datos obtenidos, la personalidad de A. se encuentra marcada por la presencia de emociones desagradables. Parece que dichas emociones tienden a desbordarla, lo que hace que su gestión, además del control de la resultante conducta,

sean escasos. Además, podemos apreciar que la tristeza, la ira y el miedo que tiende a experimentar, coindicen con las emociones principales que subyacen a los celos patológicos.

Así mismo, mencionar que la alta puntuación obtenida en Extraversión puede suponer un obstáculo para la implementación de tareas en solitario y el trabajo en su autonomía.

•Aclaraciones:

*El plan terapéutico se llevó a cabo teniendo en cuenta la información cualitativa obtenida y con el respaldo de los resultados cuantitativos. Con ello, hemos elaborado el análisis funcional del problema (**tabla 4**).

Tabla 4. Análisis funcional de la conducta problema.

ANTECEDENTES (E.D)	CONDUCTAS (R)	CONSECUENTES (C)
Lejanos Internos: -Rasgos de personalidad: impulsividad y extraversión. Externos: -Padres distantes emocionalmente. -Patrón de control reforzado. -Sobreprotección conductual. -Aprendizaje de patrón de comunicación pasivo-agresivo. -Valores sociales de amor romántico. Próximos Externos -Recibir consuelo intermitente de pareja. -Quedarse sola. -Que su pareja salga o trabaje. Internos -Escasas habilidades de afrontamiento -Ausencia de reforzadores alternativos.	Nivel Cognitivo Pensamientos obsesivos negativos: “Si no contesta es porque está con otra”. “No me puede dejar, ni estar sola” “Esa chica es mejor físicamente”. Obsesiones e imágenes intrusivas sobre infidelidad. Nivel fisiológico/emocional -Llanto -Tristeza -Ira -Miedo -Nervios Nivel Motor -Interrogatorios a su pareja -Control de redes sociales. -Registro de mensajes. -Pedir verse a diario.	Corto Plazo Ref + -Emociones positivas al pasar tiempo con pareja. -Sensación de control. -Mayor atención de su pareja. Ref - -Alivio tras la comprobación. -Evitación del malestar e incertidumbre, estando físicamente con M. Largo Plazo Cast + -Dependencia emocional. -Inestabilidad emocional. -Cronificación del problema. Largo Plazo Cast - -Reducción círculo social. -Deterioro de autoestima -Empeoramiento de relación de pareja.

Nota: Ref = Reforzador. Cast = castigo

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Tras la evaluación del caso, y considerando la demanda de A., se dedujo la importancia de trabajar en la reducción de las conductas de obsesión y control en torno a su pareja. Así mismo, proponemos el trabajo en el incremento de la autoestima.

En base a todo ello, se elaboró el plan de tratamiento:

1. Devolución de información sobre el origen y mantenimiento de las conductas problema, y de los objetivos terapéuticos pre-establecidos.
2. Reducir el malestar generado por las imágenes y pensamientos asociados a una infidelidad y modificación de los pensamientos irracionales. Neutralización de las conductas compulsivas de comprobación. Para ello, establecemos objetivos específicos:
 - Conocimiento y comprensión del efecto de los pensamientos automáticos y de la interpretación, sobre las emociones y conductas.
 - Reestructuración de creencias desadaptativas sobre el amor romántico y el control.
 - Identificación y modificación de los pensamientos/imágenes relacionadas con la infidelidad de su pareja; intentando generar y automatizar pensamientos basados en la información disponible.
 - Modificación de las conductas comprobatorias y aumento de la comunicación en pareja.
3. Mejora de la autoestima y fomento de la autonomía(transversal):
 - Autoconocimiento y trabajo en el fomento del auto-concepto positivo.
 - Aumento de su red social y actividades gratificantes.
 - Aumento de la autonomía y de las habilidades para la toma de decisiones.

TRATAMIENTO

Enfoque y características del tratamiento empleado

Para trabajar los objetivos propuestos se establece un tratamiento fundamentalmente basado en el enfoque cognitivo conductual; gracias a la evidencia científica que avala su alta eficacia en la intervención con celos patológicos (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1999) y a la necesidad de trabajar con A. los pensamientos obsesivos y las conductas compulsivas de comprobación.

Además, añadimos una técnica proveniente de la Terapia Analítico funcional; la “Sustantivación”. La cual consiste en asignar un nombre y forma física a los pensamientos relacionados con los celos de la paciente; facilitando así la defusión entre pensamiento-acción y la gestión de las conductas celosas.

APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Durante un período de 16 semanas, se han perseguido e implementado principalmente, los objetivos y técnicas recogidos en la Tabla 5.

Tabla 5. Plan terapéutico.

Objetivos	Técnicas de intervención
1.Explicación y acuerdo del origen y mantenimiento del problema	-Explicación de la HO-HM.
2.Información plan terapéutico: objetivos y técnicas de intervención	-Explicación del problema y el tratamiento establecido.
3.Reducción de los episodios de celos.	-Intervención cognitiva: -Psicoeducación del funcionamiento de obsesión-compulsión. -Explicación A-B-C y reestructuración cognitiva. -Discusión cognitiva e intervención en creencias disfuncionales -Manejo de la ira (Técnica del semáforo).
4.Incremento de autoestima.	Intervención conductual: -Extinción de las conductas comprobatorias. Terapia de pareja: -Intercambio de reforzadores positivos. -Pareja co-terapeuta -Programa “Autoestima, evaluación y mejora” (Mckay y Fanning, 1991). -Desarrollo de actividades individuales. -Diario de logros.
5.Prevenición de recaídas y mantenimiento de logros	-Repaso de técnicas adquiridas. -Identificar situaciones de riesgo y planes de acción.

Temporalización y descripción de las sesiones

La aplicación del tratamiento ha seguido una periodicidad semanal y la duración de cada sesión de 55 minutos. Desde el primer momento comentamos con A. la inclusión de su pareja en algunas de las sesiones de terapia; debido al papel de éste en el mantenimiento de los celos patológicos.

Primera sesión de intervención:

Objetivos:

- Devolución de la información sobre el origen y mantenimiento del problema.
- Analizarlos objetivos terapéuticos establecidos.

Explicamos la información obtenida a lo largo de las sesiones previas y exponemos a A. el diseño de tratamiento pre-establecido para el abordaje del problema.

Segunda y tercera sesión de intervención:**Objetivos:**

- Fomentar el conocimiento de la influencia de los pensamientos en las emociones y conductas. Promover el cuestionamiento de las creencias irracionales y distorsiones acerca de los celos (fusión pensamiento-acción).

Implementamos Psicoeducación basada en la teoría racional emotiva de Ellis; acerca del funcionamiento de los pensamientos automáticos y su efecto en la aparición de emociones y el comportamiento. Posteriormente, mediante el diálogo socrático establecemos una discusión cognitiva “sembrando discrepancias” y cuestionando la veracidad de sus creencias y distorsiones cognitivas, como por ejemplo, “por lo que me dices, consideras que el hecho de que M. no te conteste de forma inmediata a los Whatsapp’s es una muestra inequívoca de falta de amor en vuestra relación, ¿hay cosas que él haga y que demuestren que sí te quiere?” tras la respuesta de la paciente, se compara la afirmación previa con la segunda y se establece una discusión.

Pautamos cumplimentar un Autorregistro junto con el cuestionamiento de los pensamientos asociados con los celos.

Cuarta sesión de intervención:**Objetivos:**

- Retroalimentación de los autorregistros cumplimentados.
- Discusión cognitiva.
- Sustantivación de los pensamientos de celos.
- Aumento de la tasa de reforzadores y desarrollo de un estilo de vida equilibrado.

La paciente dice que tras usar los autorregistros, redujo su nivel de activación; aunque no lo suficiente para impedir la conducta compulsiva de interrogar a su pareja y haber intentado impedir que él saliese de fiesta. Mediante el uso de Reestructuración cognitiva y generación de pensamientos alternativos trabajamos los pensamientos anotados en dichas situaciones.

Mediante Psicoeducación, instruimos a la paciente acerca del significado y la función de la “crítica patológica y los pensamientos de celos” (extraído de McKay y Fanning, 1991). A. le asignó forma y nombre a la misma, siendo ésta “Coliflor”. Este ejercicio denominado como “sustantivar los celos” facilitó la toma de distancia del contenido del pensamiento favoreciendo su gestión.

Analizando el registro de actividades agradables cumplimentado, se seleccionan aquellas actividades que, de forma individualizada, puedan suponer reforzadores

positivos y a su vez actúen como tareas incompatibles que impidan que pueda hablar con M. para efectuar las comprobaciones como: cocinar y visitar a familiares.

Quinta sesión de intervención

Objetivos:

- Identificando y crear pensamientos alternativos sustituyendo las distorsiones cognitivas que promueven los episodios de celos.

A. manifiesta un observable incremento en su estado de ánimo. Refiere que éste deriva, en parte, de las tareas agradables recomendadas, lo cual ha promovido también llevar a cabo actividades con sus amigas en lugar de su pareja. A. también indica haber iniciado esta semana una conversación conflictiva con su pareja, debido al análisis de su perfil en redes sociales y sus actividades de ocio en presencia de otras chicas. Se comenta la Ley de la Infusión Emocional y recursos de parada de pensamiento, análisis de la emoción y pensamientos alternativos.

Se comenta con A. poder incluir a su pareja en la terapia eventualmente. Esta sugerencia se lleva a cabo enfatizando en el encuadre terapéutico y especificando que la confidencialidad e información que se ofrezca a su pareja, tendrá que ser aprobada previamente por ella.

Sexta sesión de intervención

Objetivos:

- Revisión y retroalimentación de los registros.
- Incremento y mejora de la autoestima y sensación de satisfacción personal.

A. menciona ser capaz de generar un pensamiento alternativo, pero no de otorgarle la veracidad suficiente para modificar la emoción. Explicamos la necesidad de practicar prolongadamente éste recurso y reforzamos los logros obtenidos.

Pautamos realizar el diario de logros y continuar con la ejecución de actividades agradables.

Séptima sesión de intervención

Objetivos:

- Evaluar la capacidad imaginativa de A. para iniciar la exposición en imaginación con prevención de respuesta.

Realizamos la jerarquía de exposición y evaluamos la capacidad imaginativa para la evocación de ansiedad a través de la presentación de la escena. Concluimos que la viveza y capacidad imaginativa de la paciente no resultaba suficientes para que dicha

técnica sea efectiva. Proponemos la inclusión de la pareja de A. en el tratamiento como co-terapeuta.

Octava sesión de intervención (con pareja)

Objetivos:

- Explorar el vínculo y dinámica de pareja.
- Evaluar como M. está contribuyendo al manteniendo el problema.
- Firma del contrato conductual para afianzar su compromiso en la extinción.
- Eliminación de rituales de control y de las conductas de evitación con ayuda de la pareja.

A. Acudió a sesión junto con M., con quien mantuvimos una breve entrevista inicial para conocer: el grado de conocimiento sobre la problemática de A., su comportamiento ante los episodios de celos, su compromiso e implicación en la modificación de las conductas disfuncionales.

Tras ello, y con el previo consentimiento de la paciente, se realiza una breve sesión de psicoeducación para exponer a M. la explicación funcional de la conducta problema, así como el papel que él mismo está desempeñando en ello. Se pauta llevar a cabo la extinción de las conductas de comprobación, acordando entre terapeuta y pareja responder ante las conductas de comprobación una frase prediseñada como “Lo siento A. te quiero mucho y por ello no voy a contribuir a retroalimentar los celos”. Se firma un contrato conductual en el que se explicita el acuerdo y ver a ambos de nuevo tras 15 días.

Novena sesión de intervención

Objetivos:

- Evaluar el proceso de extinción de las conductas de comprobación.
- Incremento de la autoestima y mejora del auto-concepto.

A. comenta que tras la sesión anterior ha sentido mayor comprensión por parte de su pareja; lo que ha facilitado la disminución de episodios de celos durante la semana. Menciona un breve episodio tras el que su pareja le respondió con la frase pautada. A. relata que en un primer momento sintió ira, algo que se redujo rápidamente tras cumplimentar el Autorregistro trabajado. Además, dice sentirse más susceptible ante la época de exámenes que ha comenzado.

Por último, continuamos el trabajo en el incremento de la autoestima a través de la cumplimentación del Inventario del concepto sobre sí misma.

Décima sesión de intervención (con pareja)

Objetivos:

- Evaluación del proceso de extinción.
- Intercambio de reforzadores positivos.
- Gestión de la ira en los episodios de celos.

M. comenta los episodios de celos acaecidos la pasada semana. Ambos admiten que ha existido un aumento cuantitativo (tres episodios). Mencionan especialmente uno de ellos en el que, tras M. retrasarse diez minutos a un encuentro A. inició un interrogatorio sobre su ubicación. M. refiere que siguió el protocolo acordado en sesión, hasta que A. amenazó con irse a su casa (cuando cedió respondiendo a las preguntas). Se normaliza la emoción y la respuesta de M., y se pauta y explica la importancia de continuar con la extinción, incluso ante dichas amenazas.

Explicando la técnica del Semáforo de la ira, se recomienda su uso en momentos de ira. Como tarea para casa se pauta continuar con el Autorregistro y la práctica diaria en respiración.

Sesión once y doce de intervención

Objetivos:

- Incremento de la autoestima, seguridad y autoconfianza.
- Trabajo en las distorsiones cognitivas y creencias respecto al físico.

Abordamos una discusión con su madre y aportamos técnicas de resolución de conflictos. Posteriormente A. comenta que tras las pautas recomendadas, el problema se resolvió y se sintió capaz de expresar “más abiertamente sus sentimientos”. Se inicia y desarrolla el trabajo con el auto-concepto del manual: “Autoestima: Evaluación y Mejora: cap. 4. Autoevaluación precisa” (Mckay y Fanning, 1991), junto con técnicas de reestructuración y pruebas de realidad. Además, pautamos en sesión la compra o selección de una caja, a la que llamaríamos “caja de seguridad”, en la que se irán incluyendo fotos de personas relevantes para ella, materiales trabajados en terapia, elementos representativos e identitarios de la paciente (como recetas o materiales deportivos). Todo ello con el objetivo de fabricar un material que la paciente pueda consultar, en un futuro, en situaciones de crisis y recaída.

Sesión trece de intervención (con pareja):

Objetivos:

- Evaluar el proceso de extinción.
- Trabajo con las creencias distorsionada acerca del amor romántico.
- Trabajo con la culpa.

La paciente comenta que se irá de Erasmus el curso siguiente; lo cual ha comunicado a su pareja esta semana. Trabajamos con ambos los miedos anticipatorios ante esta situación. Además, trabajamos las ideas acerca de la libertad y compromiso mutuo. Por último, abordamos la emoción de culpa; recurrente durante los últimos episodios en la paciente. Se trabaja mediante la aceptación, viendo la celotipia como una alarma que ejerce la función de evitar la pérdida de un vínculo importante para ella. Con ello, conseguimos restarles juicio negativo y trabajar la auto-compasión.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Este artículo tiene la finalidad de exponer la amplia gama de factores intervinientes en el síndrome de celotipia. Por ello, resaltar la importancia de no quedarse sólo con la etiqueta, sino profundizar en la persona, sus circunstancias y su vivencia del problema.

A pesar de que la adherencia al tratamiento ha sido buena, se ha de matizar la presencia de resistencias al cambio, en especial en el aspecto cognitivo; relacionado con la modificación de los pensamientos intrusivos. A pesar de esto, contamos con resultados favorables relacionados con la presencia de los episodios de celos. Tanto la paciente como su pareja, reconocen que la frecuencia e intensidad de la expresión conductual de los celos ha disminuido (Figura 1) siendo significativamente distintos en la presencia de hostilidad, el reproche y la crítica. Respecto a dicha afirmación, se pone de relevancia los beneficios recibidos en este caso, por la inclusión de la pareja de A. como co-terapeuta. Esta decisión ha resultado muy apropiada, ya que además de actuar como control estimular externo y haber reforzado el proceso, consideramos que poder hablar con M., ha facilitado la comprensión y la mejora de la relación entre ambos, a pesar del sufrimiento ocasionado por la celotipia. Por ello, este estudio es un claro ejemplo de la importancia de considerar el abordaje del síndrome de celotipia con ambas partes.

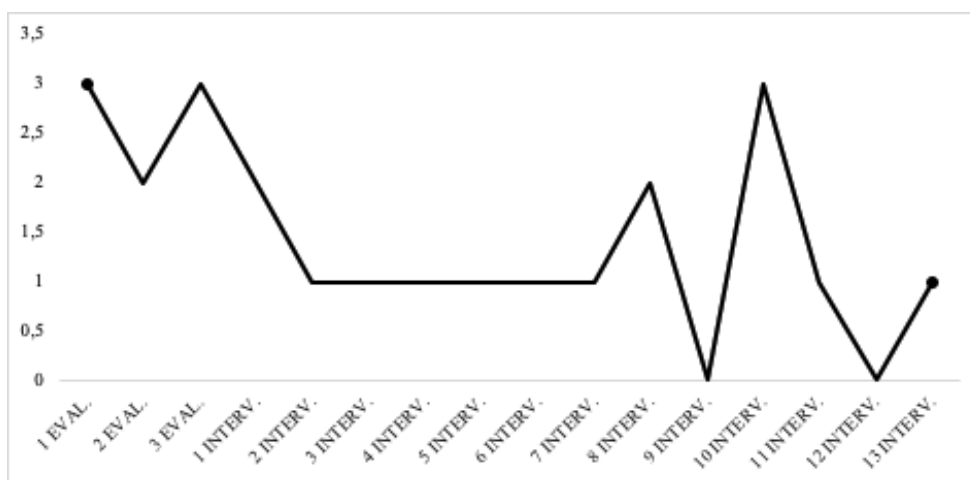


Figura1. Número de episodios conductuales de celos semanales.

Sin embargo, lo que más nos gustaría destacar son los cambios de la paciente respecto a la dependencia hacia su pareja, como:

- Incremento de actividades agradables de forma individual.
- Mayor motivación centrada en sus proyectos personales.
- Mayor latencia de respuesta a M. en WhatsApp.
- Menor insistencia para verse.
- Mayor número de planes sociales con amigas.

Resaltar que la consecución de todos estos resultados, pone aún más de manifiesto el carácter dañino de la celotipia; que puede suponer una alteración de múltiples áreas de la vida de una persona, y un significativo empeoramiento de su autonomía y autoestima.

Por ello, se hace necesaria la creación campañas de divulgación sobre el carácter dañino de las creencias asociadas a los celos. De la misma forma, investigar y establecer programas de prevención dirigidos a los más jóvenes y mostrando el peligro de romantizar las conductas celosas y de control, disminuiría la probabilidad de aparición y mantenimiento de los celos patológicos.

Dificultades en la consecución de objetivos

La intervención psicológica no es un proceso lineal, sino que conlleva fluctuaciones antes de una estabilización. En el caso de A., las épocas de exámenes (con mayor aislamiento social y menos actividades agradables), producían un aumento de la necesidad atencional de su pareja, así como una mayor tendencia al espionaje de sus redes sociales.

Además, destacar que las restricciones impuestas por la pandemia del SARS-CoV-2 hacen necesario tener en cuenta que el trabajo con los episodios de celos, puede haberse visto facilitado por la imposibilidad de que la pareja de A. acudiese a fiestas. Es por ello que se ha de hacer un seguimiento ante el cambio de dichas situaciones, pues pueden alterar el mantenimiento de los logros conseguidos. Así mismo, destacar que algunas de las actividades agradables, que hubiesen facilitado el trabajo con la autoestima e independencia, no se han podido implementar.

Por otra parte, cabe mencionar una de las limitaciones sufridas durante el proceso terapéutico relacionada con la implicación de la pareja como co-terapeuta. A pesar de mostrar y apreciarse durante las sesiones un elevado nivel de compromiso en la mejoría de A., la tarea de rellenar autorregistros para plasmar su conducta y las consecuencias de la extinción, este no los llevaba a cabo. A pesar de reforzar lo positivo de este hecho para el trabajo clínico con A., era ella quien explicaba durante las sesiones, de forma verbal, lo que ocurría en el momento de la extinción de sus conductas comprobatorias.

A pesar de esto, se percibe un aprendizaje y cambios adaptativos en el patrón de conducta de A. y se considera que la inclusión de pareja resultó una enorme fuente de información y un facilitador de la mejoría de la paciente

CONCLUSIONES

La celotipia, lleva presente en nuestra historia siglos, sin embargo, el halo de romanticismo que envuelve estas conductas, dificulta su identificación y motivación para el cambio. ¿Por qué cambiar algo que denota amor y compromiso?"; es la idea socialmente escuchada subyace al mantenimiento de las conductas de control en la pareja.

Como se ha comentado en la introducción inicial, la parte conductual de éste síndrome, es relativamente sencilla de modificar; una vez que se dejan de obtener ganancias. Sin embargo, los pensamientos obsesivos se encuentran anclados a unas creencias nucleares que validan continuamente su presencia, su utilidad y su vinculación con el amor.

Así, en este trabajo se pretende poner de manifiesto el carácter aprendido de la celotipia y observar que, como ha sido el caso de nuestra paciente, los celos suelen ser reforzados por ambos miembros de la relación; cediendo a dar explicaciones y tranquilizando la respuesta emocional. Algo entendible a la luz de lo comentado, es decir, viendo esos celos como una muestra de amor y sufrimiento romántico por la relación. A este respecto, consideramos oportuno realizar investigaciones y prácticas dirigidas a corregir, desde el ámbito escolar, las creencias dañinas que pueden rodear a la concepción del amor y las relaciones de pareja saludables.

Además, A. como muchas de las personas con esta demanda, muestran una constelación de síntomas alrededor de la conducta problema principal; como el bajo estado de ánimo, déficit en habilidades sociales, o baja autoestima (Verhulst, 1985).

Por ello, consideramos oportuno poner de relevancia el abordaje de este tipo de casos de forma multidimensional y no como una conducta problema aislada. Ya que el trabajo en las distintas áreas del paciente (individual, social, familiar y de pareja) permitirá generalizar una dinámica relacional más saludable; tanto a nivel intra como interpersonal.

De estas afirmaciones y de nuevo coincidiendo con lo expuesto por Seeman (2016), se deriva la necesidad de profundizar en líneas de investigación que permitan la creación de un protocolo de tratamiento individualizado para el síndrome de los celos patológicos.

REFERENCIAS.

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition. (DSM-5)*. Washington, DC.
- Aranguren, M. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Revista de Psicología*, 28(2), 308-340. <https://doi.org/10.18800/psico.201002.005>
- Bayón, M. T. C. (2006). Intervención cognitiva en un caso de celotipia. *Acción Psicológica*, 4(1), 71-82. <https://doi.org/10.5944/ap.4.1.494>
- Carrera, P., & García Marcos, L. (1996). Conocimiento social de los celos. *Psicothema*. 8(3), 445-456. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/english/psicothema.asp?id=43>
- Carlen, A. M., Kasanzew, A., & López, A. F. (2009). Tratamiento cognitivo conductual de los celos en la pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(3), 173-186. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/15482>
- Cobb, J.P. y Marks, I.M. (1979). Morbid jealousy featuring as obsessive-compulsive neurosis: treatment by behavioral psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 134 (3), 301-305. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.3.301>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2008). *The Revised NEO Personality Inventory. (NEO-PI-R)*. Sage Publications, Inc.
- Díaz L., Torruco, U., Martínez, M., Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-7. [https://doi.org/10.1016/s2007-5057\(13\)72706-6](https://doi.org/10.1016/s2007-5057(13)72706-6)
- Dolan, M., & Bishay, N. (1996). The Effectiveness of Cognitive Therapy in the Treatment of Non-Psychotic Morbid Jealousy. *The British Journal of Psychiatry*, 168(5), 588-593. <https://doi.org/10.1192/bjp.168.5.588>
- Echeburúa, E., & Fernández-Montalvo, J. (1999). La patología de los celos: análisis descriptivo y propuestas terapéuticas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25 (99), 5-25. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/2454/28055>
- Echeburúa, E. y Fernández Montalvo, J. (2001). *Celos en la pareja: una emoción destructiva*. Barcelona: Ariel.
- Ellis, A., Grieger, R., & Marañón, A. S. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Barcelona, España: Desclée de Brouwer.

- Ellis, A. (1996). The treatment of morbid jealousy: A rational emotive behavior therapy approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10(1), 23. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.10.1.23>
- Esparcia, A. J. (2011). *Psicopatología* (pp. 46-50). Editorial UOC.
- Espinosa Jaimes, V. M., & Flórez Mercado, X. M. (2019). *Relación entre autoestima y celos en adultos jóvenes estudiantes de la Universidad de la Costa. Doctoral dissertation*. Universidad de la Costa.
- Guerrero, L. K., Trost, M. R., & Yoshimura, S. M. (2005). Romantic jealousy: Emotions and communicative responses. *Personal Relationships*, 12(2), 233-252. <https://doi.org/10.1111/j.1350-4126.2005.00113.x>
- Guillén-Riquelmeé, A., & Bucla-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*.23(3), 510-515. Recuperado de : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3687191>
- Lira, N. A. H. (2007) *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* (pp. 22-41). LibrosEnRed.
- López, F. J. C. (2002). Celos: un caso de aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Apuntes de Psicología*, 20(3), 347-368. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2225346>
- Mathes, E. W., & Severa, N. (1981). Jealousy, romantic love, and liking: Theoretical considerations and preliminary scale development. *Psychological Reports*, 49(1), 23–31. <https://doi.org/10.2466/pr0.1981.49.1.23>
- Mathes, E. W., Adams, H. E., & Davies, R. M. (1985). Jealousy: Loss of relationship rewards, loss of self-esteem, depression, anxiety, and anger. *Journal of personality and social psychology*, 48(6), 1552. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.6.1552>
- Mckay, M., & Fanning, P. (1991). *Autoestima: evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca.
- Moscoso, J. (2014). Celos románticos. Celos mórbidos. Un capítulo en la historia de la patologización de las pasiones. *Revued'étudesibériques et ibéro-américaines*, 6, 13-22. Recuperdo de: <https://iberical.sorbonne-universite.fr/>
- Mullen, P.E. (1991). Jealousy: the pathology of passion. *British Journal of Psychiatry*, 158 (6), 593-601. <https://doi.org/10.1192/bjp.158.5.593>
- Mullen, P. E., & Martin, J. (1994). Jealousy: A community study. *The British Journal of Psychiatry*, 164(1), 35-43. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.1.35>
- Muñoz, M., Ausín, B., & Panadero, S. (2019). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. 2ª Ed. Madrid: Síntesis.
- Sueiro, T. (2018). *Los celos y el amor romántico en los jóvenes: Una intervención educativa (trabajo de final de grado)*. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.
- Vázquez-Morejón, Jiménez, R., & Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de*

- Psicología*, 22 (2), 247-255. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>
- Verhulst, J. M. (1985). The jealous spouse. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 19, 110-120.
- Seeman, M. V. (2016). Pathological jealousy: An interactive condition. *Psychiatry*, 79(4), 379-388. <https://doi.org/10.1080/00332747.2016.1175838>
- Sheikhmoonesi F. (2017). Obsessional Jealousy: A Narrative Literature Review. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 11(4):e7273. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.7273>
- Costa, A., Sophia, E., Sanches, C., Tavares, H., & Zilberman, M. (2014). Pathological jealousy: Romantic relationship characteristics, emotional and personality aspects, and social adjustment. *Journal of Affective Disorders*, 174, 38–44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.017>
- Ponti, L., Ghinassi, S., & Tani, F. (2020). The role of vulnerable and grandiose narcissism in psychological perpetrated abuse within couple relationships: The mediating role of romantic jealousy. *The Journal of Psychology*, 154(2), 144-158. <https://doi.org/10.1080/00223980.2019.1679069>
- Karunaratne, S., Liyanage, N., & Rodrigo, A. (2017). Role of negative experiences in past relationships and adverse childhood experiences in morbid jealousy. *Sri Lanka Journal of Psychiatry*, 8(2), 20–23. <http://doi.org/10.4038/slipsyc.v8i2.8156>
- Vilalta-Franch, J., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Llinás-Reglá, J., López-Pousa, S., & López, O. L. (1999). Neuropsychiatric inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *RevNeurol*, 29(1), 15-19.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (2008). The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol. 2. Personality measurement and testing* (p. 179–198). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n9>